

後期高齢者医療関係書類送付先変更申請書

該 当 者 (被保険者)	被保険者番号								
	住 所								
	フリ 氏 名	ガナ 名	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生						
送 付 先	住 所	〒 ー							
	フリ 氏 名	ガナ 名	電話番号 () ー				被保険者との 関係(続柄等)		
変更送付有効 期間	年 月 日 ～ 年 月 日								
申請理由	1. 入院中のため 2. その他 ()								
送付先の変更を希望する書類(希望のものにレ点を付けてください。)									
☐ 被保険者資格に関する通知 (資格確認書、資格情報のお知らせなど)									
☐ 保険料額に関する通知 (保険料額決定通知書など)									
☐ 保険料の納付に関する通知 (納付書、督促状など)									
☐ 医療給付に関する通知 (医療費通知、高額療養費に関する通知など)									
(宛先) 柳井市長 上記のとおり送付先の変更を申請します。 なお、申請内容に変更のある場合には、必ず届け出をします。 令和 年 月 日 【申請者】 住 所 氏 名 被保険者との関係(続柄等) 電話番号 () ー ※郵便物が届かない場合又は市外へ転出された場合、この申請は無効となります。 ※希望用件以外でも上記送付先に連絡する場合がありますので、予めご了承ください。									

